N° 123.

ESSAI

MÉDICO-LÉGAL

SUR L'INFANTICIDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 8 juillet 1818, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR ROBERT LEROY, de Pont-Audemer,

Département de l'Eure;

Bachelier ès-lettres.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1818.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

A LA PLUS TENDRE

DES MÈRES.

Témoignage de reconnaissance.

R. LEROY.

AVANT-PROPOS.

Il aurait peut-être été préférable pour un jeune médecin de prendre pour sujet de sa thèse un point qui se rapprochât plus de l'art de guérir qu'il veut exercer; mais, tous ces sujets ayant été traités jusqu'à satiété, j'ai cru plus convenable de choisir un point de médecine légale, science si importante, et que tout médecin doit approfondir : c'est souvent dans un rapport qu'on reconnaît l'homme réellement instruit. Quels regrets devrait avoir un médecin légiste, si, par ignorance, il laissait le crime impuni! Quels remords, s'il accablait l'innocence sous le glaive de la loi!

Je me suis décidé à traiter de l'infanticide, parce que je regarde ce point de médecine légale comme un des plus difficiles à constater, et celui qui répugne le plus à la nature.

Je ne sais même s'il existe une femme assez dénaturée pour attenter aux jours de son enfant, à moins d'aliénation mentale, soit constante, soit instantanée. Voit-on jamais ces femmes démoralisées et livrées aux plaisirs publics commettre cet attentat? Non, la raison en est simple à saisir, elles n'ont plus rien à perdre du côté de l'honneur.

Il en existe pourtant de ces femmes, il en existe qui, dans toute autre circonstance, auraient fait le bonheur

d'un mari, auraient adoré leurs enfans. La honte, ce tyran si puissant, fait oublier la nature, et la femme qui aurait péri mille fois pour son enfant, lui donne une mort prématurée pour se soustraire aux regards méprisans du public.

Combien alors le médecin appelé pour constater le délit ne doit-il pas prendre de précautions! ce crime est si peu naturel!

Ces femmes d'ailleurs ne méritent-elles pas plutôt notre pitié que notre vengeance; elles ont tout sacrifié au préjugé? Ne sommes-nous pas souvent nous-mêmes la cause de leur malheur, que nous ne voulons pas réparer?

Je considérerai dans cet essai,

1.° Si le fœtus était viable;

2.° S'il est mort avant de naître;

3.° S'il a vécu après sa naissance;

4.° Quel est le mode d'infanticide;

5.° S'il y a accouchement récent et dans le temps supposé.

Je n'ai point la prétention de donner des idées neuves, je me suis traîné péniblement sur les traces de ceux qui m'ont devancé. Je réclame donc l'indulgence due à un jeune homme qui n'écrit que pour remplir une formalité d'usage.

Je suis content si l'approbation de mes illustres professeurs m'indique que ma tâche est remplie.

ESSAI

MÉDICO-LÉGAL

SUR L'INFANTICIDE.

Infanticide dérive d'*infans, enfant*, et *cædo, je tue*. Quoique ce mot n'indique point l'âge de l'enfant privé de la vie, on s'accorde en général a appeler *infanticide* la mort violente d'un enfant peu après sa naissance. C'est sous ce point de vue que je l'envisagerai; je laisse à d'autres à traiter de l'infanticide pendant et plus ou moins de temps après la gestation.

Le fœtus était-il viable ?

Ante septimum mensem partus haut unquàm vitalis est (dit *Hippocrate*).

Les meilleurs auteurs s'accordant à regarder le septième mois de la gestation comme l'époque où l'enfant, sortant du sein de sa mère, voit le jour avec l'aptitude à la vie. Quoiqu'on ait eu des exemples d'enfans nés à six et même cinq mois qui aient vécu malgré la délicatesse de leur organisation, je doute qu'à ces époques un médecin ose prononcer la viabilité.

Avant de donner les signes d'un fœtus non viable, j'indiquerai ce que M. *Chaussier* a fait connaître sur le rapport qui existe entre l'époque de la gestation et l'état extérieur de l'enfant.

Suivant lui, dans les premiers temps de la grossesse, le tronc forme presque la totalité de la masse du corps, la tête est très-

volumineuse, le thorax petit, arrondi, relevé; l'abdomen grand, ample, proéminent, surtout vers l'ombilic; les membres, et surtout les abdominaux, sont d'autant plus courts, que le fœtus est moins rapproché du terme de la maturité, qu'il a moins vécu, qu'il a moins d'aptitude à vivre. Il a trouvé sur le fœtus, mesuré depuis le sommet de la tête jusqu'au talon, que la moitié de la longueur totale du corps de l'enfant correspondait à différens points de l'abdomen, suivant son âge. Ainsi dans un fœtus à terme elle se trouve à l'ombilic; à huit mois, deux ou trois centimètres au-dessus; à sept mois, encore plus rapprochée du sternum; à six mois, elle correspond à l'extrémité abdominale du sternum. Il a aussi observé que le germe des dents ne présente point d'ossification avant le quatrième mois de la gestation.

Signes d'un fœtus non à terme.

La peau est d'un rouge pourpré, avec des nuances plus intenses au visage, aux papilles des mamelles, au scrotum ou aux grandes lèvres, à la paume des mains, à la plante des pieds, aux dernières phalanges des doigts et des orteils; les cheveux paraissent à peine, et sont incolores; les sourcils sont peu épais, les cils peu apparens, les paupières agglutinées; la pupille est obstruée par une membrane, la bouche comme fermée, les narines sont très-peu saillantes, le menton aigu, le pavillon de l'oreille très-mince, les ongles extrêmement petits et mous; joint à cela le peu de consistance des os du crâne, l'étendue des fontanelles, la mobilité des pièces du sternum, la transparence générale des os, l'imperfection du tronc, et surtout des membres, dont la peau est ridée.

Après avoir donné les signes d'un fœtus non viable, je passe à ceux d'un fœtus en maturité.

Toutes les parties sont plus solides, la tête prédomine encore sur le reste du corps, les os du crane se touchent par leurs bords, les fontanelles sont moins évasées, les cheveux plus longs, plus épais, plus colorés; le cou est gros et court, le thorax plus

évasé vers sa base ; l'abdomen prédomine beaucoup ; les membres abdominaux surpassent à peine les thoraciques ; le corps perd sa couleur pourprée ; le visage, la paume des mains, etc., s'en dépouillent les derniers ; presque toujours chez les mâles les testicules ont dépassé l'anneau suspubien ; le fœtus pèse de six à huit livres, sa longueur est de dix-huit à vingt pouces.

Il est inutile sans doute de faire remarquer ici que le fœtus qui offrirait en naissant des vices d'organisation incompatibles avec la vie ne pourrait jamais être regardé comme viable.

Le fœtus est-il mort avant de naître ?

Les signes qui indiquent qu'un enfant est mort dans le sein de sa mère se tirent de l'inspection du cadavre et de ses dépendances, des accidens qui arrivent avant ou pendant l'accouchement, enfin des symptômes éprouvés par la mère.

1.° Les signes tirés du cadavre sont, la souplesse et la flexibilité du corps, la peau lâche et mobile sur les muscles et les os, sa couleur terne, jaune, livide, verdâtre, surtout vers l'ombilic ; si le fœtus est mort depuis quelque temps, l'épiderme se détache par lambeaux ; le corps présente en différens endroits des gerçures d'où s'écoule une sanie noirâtre, exhalant une odeur cadavéreuse ; les fontanelles sont déprimées sans trace de violence ; l'abdomen est affaissé, l'anus relaché et béant.

Le placenta est mollasse, d'un volume moindre, d'une consistance inégale, d'une teinte livide ; ses vaisseaux sont vides, ses cotylédons isolés, ses interstices lobulaires remplis d'un sang noir grumelé.

Le cordon ombilical est flasque, flétri, verdâtre, et facile à rompre dans tous ses points, au lieu que dans un fœtus à terme il se rompt plus facilement à son insertion au placenta.

2.° Les signes tirés des accidens qui arrivent avant l'accouchement sont, une chute de la mère, un coup porté sur la partie antérieure de l'abdomen, une joie immodérée, une frayeur excessive,

l'abus des liqueurs échauffantes, et en général toutes les passions portées à l'excès.

Parmi les accidens de l'accouchement, on doit faire attention aux vices du bassin, à la mauvaise position de l'enfant, à des manœuvres mal dirigées de la part de l'accoucheur. On ne doit pas oublier que la sortie du placenta avant l'accouchement, ainsi que celle du cordon ou sa compression, déterminent nécessairement la mort du fœtus en le privant du sang de sa mère avant le terme fixé par la nature.

5.° Signes tirés des symptômes que la mère éprouve : pesanteur dans l'hypogastre, tiraillemens dans les aines, cessation des mouvemens du fœtus remplacés par un ballottement ou le sentiment incommode de la présence d'une masse inerte obéissant à la gravitation, des maux de tête, des vertiges, des bâillemens fréquens, des nausées, des défaillances, le visage pâle, œdématié, les yeux enfoncés, le regard triste, les paupières tuméfiées et entourées d'un cercle livide, la décoloration des lèvres, le gonflement des mamelles dans les premiers jours de l'accident, peu après leur affaissement, cependant sécrétant un fluide ténu, séreux; l'abdomen affaissé, déprimé; un écoulement noirâtre par la vulve, les eaux de l'amnios bourbeuses, fœtides, cadavéreuses, une langueur générale dans toute l'économie.

Le fœtus a-t-il vécu après sa naissance?

On reconnaît principalement que le fœtus a vécu après sa naissance, aux changemens éprouvés dans le poumon par l'acte de la respiration : les expériences faites pour les reconnaître s'appellent *docimasie pulmonaire.*

Au moment de la première inspiration, une quantité d'air plus ou moins grande s'introduit dans le poumou, le dilate dans toutes ses parties, le rend plus léger, par rapport à son volume; car réellement sa pesanteur est augmentée par l'abord du sang.

Qu'on plonge les poumons d'un fœtus dans l'eau, si ce fœtus n'a pas respiré, ils se précipitent; si, au contraire, l'air a pénétré

les poumons, ces derniers, plus légers, surnagent. On a opposé à cette expérience que les poumons pouvaient diminuer de pesanteur relative par le dégagement de gaz produits par la décomposition : dans ce cas, la légèreté n'est que fictive ; elle cesse dès qu'on fait disparaître, par une légère pression, ces gaz disséminés en bulles dans le tissu interlobulaire ; ensuite les poumons se précipitent. Lorsqu'au contraire la légèreté des poumons est occasionnée par l'introduction de l'air dans l'acte de la respiration, on ne peut jamais faire précipiter les poumons, parce que l'air ne peut en être chassé.

Si on plongeait en entier les poumons dans l'eau, souvent ils se précipiteraient, quoique l'enfant eût respiré. Cela peut tenir, soit à ce que, la bronche gauche étant obstruée par son éperon prolongé en valvule, l'air n'ait point pénétré de ce côté ; soit à ce qu'il existe un amas de mucus dans les vésicules bronchiques, une infiltration d'une portion du parenchyme du poumon, ou des concrétions. Pour éviter toute erreur, après avoir plongé dans le liquide le poumon tout entier, on le divise en plusieurs parties, qu'on soumet à la même expérience. Il est bon d'observer, au moment où on incise les poumons, s'il s'échappe quelques bulles d'air, si le sang suit le trait du scalpel, si le poumon est crépitant, et en tout semblable à ceux qui ont été pénétrés par l'air.

Plouquet donne un moyen plus simple, toujours sûr, pour déterminer si la respiration a eu lieu ou non, en évaluant avec précision la différence de la pesanteur des poumons relativement à la pesanteur totale du corps. Cette différence roule sur la quantité de sang introduite dans le poumon par l'acte de la respiration. L'expérience lui a fait connaître que le poumon, lorsque l'air n'y a pas pénétré, pèse la soixantième partie du poids total, et les deux soixantièmes dans le cas contraire ; il y a bien quelques variétés, mais jamais assez considérables pour tomber dans l'erreur.

On a encore désigné l'uniformité des deux sangs chez un enfant qui n'a pas respiré. Sans négliger cette expérience, elle ne mérite

pas la confiance de l'autre, surtout si l'enfant est mort depuis un certain temps.

On doit encore tenir compte, sans trop s'y arrêter, de l'abaissement du diaphragme, de la vacuité du canal artériel et de la vessie, de la sortie du méconium, de la coagulation du sang contenu dans le cordon ombilical; signes qui indiquent que le fœtus a respiré.

Quel est le mode d'infanticide?

La cruauté a malheureusement trouvé trop de moyens de faire périr un être si faible à sa naissance, qu'il doit nécessairement mourir, s'il est privé de tout secours.

Tantôt on a employé les blessures, la suffocation, l'exposition au froid; d'autres fois on n'a pas lié le cordon ombilical, on a laissé l'enfant privé de nourriture, on l'a précipité dans les flammes, on a omis les soins indispensables à sa conservation. Nous allons jeter un coup d'œil rapide sur ces différens modes d'infanticide, ne pouvant leur donner toute l'extension possible dans une dissertation inaugurale; nous aurons seulement soin de ne rien omettre de ce qui peut les différencier d'avec les mêmes genres de mort commis sur l'adulte.

1.° *Les blessures.* Elles comprennent les plaies et les contusions.

Les plaies peuvent être faites dans différentes parties du corps. Lorsqu'il en existe une, il faut en examiner avec soin le siége, la longueur, la profondeur, la direction, la figure; noter scrupuleusement s'il y a ecchymose ou épanchement, phénomènes qui ne se remarquent que quand les plaies ont eu lieu sur le vivant. On doit procéder avec méthode pour reconnaître le trajet de la plaie. Il faut d'autant plus d'attention, que ces plaies sont quelquefois imperceptibles. C'est ainsi qu'on a vu les fontanelles, la voûte des fosses nasales, le fond des cavités orbitaires, la nuque, la poitrine, le vagin, le rectum, traversés par l'introduction d'un instrument très-acéré.

Les contusions ont surtout lieu à la tête, quelquefois au cou, au thorax, rarement aux membres. Leur aspect, leur dissection, indiquent la part qu'elles ont eue pour produire la mort. On doit surtout distinguer avec soin celles qui proviennent de causes violentes d'avec celles qui sont occasionnées par un travail de l'enfantement long et pénible. Les contusions indiquent en général que le fœtus vivait; car on ne regardera jamais comme contusions les taches plus ou moins livides qui paraissent sur le cadavre déposé sur des corps durs.

2.° *La suffocation.* Elle peut-être naturelle ou provoquée.

La suffocation naturelle peut dépendre d'un engorgement des voies aériennes par un amas de mucus; elle dépend quelquefois de la pression long-temps continuée du thorax dans un accouchement par les pieds; elle peut aussi provenir de la débilité extrême du fœtus.

On reconnaît que la mort en est la suite à la présence d'un amas de mucus non mousseux dans les voies aériennes, à l'absence de traces de violence autour des narines, de la bouche, du cou, du thorax; à l'absence de corps étrangers dans le pharynx; enfin, aux expériences qui prouvent que le fœtus n'a pas respiré.

La suffocation ou asphyxie provoquée peut être le résultat de l'obturation des narines, de l'introduction de corps étrangers dans le pharynx, de la compression du cou, de la pression de corps plus ou moins pesans sur le thorax, de l'inspiration de gaz délétères, de l'inclusion dans un coffre, de l'enfouissement, de la précipitation dans un cloaque, de la submersion.

Les signes généraux de l'asphyxie sont, une légère intumescence de la tête et du cou; la rougeur de la peau, plus intense aux parties supérieures: la lividité de la muqueuse, surtout aux lèvres; la tuméfaction de la langue, souvent sortie de la bouche : la trachée-artère est remplie d'un mucus mousseux teint de sang; il existe une distension prononcée du thorax, un engorgement sanguin des poumons, qui sont livides, un développement excessif des cavités droites du cœur remplies de sang, un engorgement extrême des jugulaires: la vessie

est vide, la chaleur et la souplesse des membres persistent pendant un certain temps : enfin on s'assure par les résultats docimasiques que la respiration a eu lieu.

Lorsque l'asphyxie est le résultat de l'occlusion du nez et de la bouche, il se joint aux symptômes généraux des ecchymoses et des dilatations plus ou moins étendues de ces parties.

L'occlusion de la glotte peut avoir lieu par l'introduction de corps étrangers dans l'arrière bouche : la présence de ces corps indique leur emploi ; on trouve en même temps des excoriations et des ecchymoses à la muqueuse.

La strangulation du fœtus présente des symptômes entièrement identiques avec ceux qu'on remarque chez l'adulte mort de la même manière. Il faut cependant se garder, lorsqu'elle a lieu au moyen de lacs, de la confondre avec celle que pourrait produire le cordon ombilical lié au tour du cou au moment de la sortie de l'enfant. Celle du cordon présente une ecchymose uniforme et proportionnée à sa grosseur; celle d'un lac présente une ecchymose plus large vers le nœud, et variant pour l'étendue comme la grosseur du lien employé ; la première ecchymose est ordinairement peu étendue en profondeur, tandis que l'autre s'étend souvent jusqu'à la dilacération des muscles. On ne doit pas négliger la docimasie.

La suffocation déterminée par la pression générale de corps pesans est difficile à reconnaître : si ces corps sont mous, on ne peut s'aider que des symptômes généraux de l'asphyxie; lorsqu'ils sont durs, ils laissent de larges ecchymoses et aplatissent le corps.

On n'a observé que l'acide sulfureux, comme gaz employé pour priver un enfant de la vie. Alors on retrouve à l'ouverture du cadavre des taches noires dans les voies aériennes, le poumon est rempli d'un sang brunâtre ; souvent l'odeur du soufre indique l'emploi qu'on en a fait.

L'inclusion dans un coffre amène la mort par la privation d'air respirable, puisque l'oxygène se consume dans chaque inspiration et n'est pas renouvelé ; on reconnaît bien l'asphyxie, mais on ne peut

en fixer la cause, faute de lésions extérieures, à moins que l'enfant ne soit trouvé dans ce coffre.

L'enfouissement d'un enfant vivant se distingue de celui d'un enfant mort, à l'inconvenance du lieu joint aux preuves docimasiques et aux signes de l'asphyxie; il en est de même quand un enfant a été précipité dans un cloaque.

La submersion se reconnaît aux signes suivans : la face est tuméfiée et livide, les narines, la bouche, la cavité gutturale, l'estomac, les voies aériennes, contiennent un liquide mousseux de même couleur et propriétés que celui dans lequel l'enfant a été plongé, les poumons sont distendus et crépitans; à ces symptômes se joignent la roideur des membres et le prompt refroidissement du corps.

Si l'enfant est mort avant la submersion, on ne retrouve dans aucune des cavités les traces du liquide; les autres symptômes de la submersion n'existent pas. S'il est mort-né, la docimasie en instruit.

3.° L'exposition au froid d'un enfant nouveau-né peut amener d'autant plus vite la mort, que le changement de température est plus brusque. La roideur glaciale, jointe à la docimasie, désignent ce genre de mort.

4.° A la naissance, le cordon devenant inutile, doit être coupé. Différens auteurs ont pensé qu'une ligature devenait indispensable, d'autres ont pensé le contraire; je n'entreprendrai point de discuter leur opinion; je me contenterai de dire que, quoique, dans l'ordre naturel, la mort ne soit pas nécessairement la suite de la non-ligature du cordon, cette omission serait une négligence impardonnable, parce qu'une hémorrhagie mortelle pourrait se manifester, surtout si le nouveau mode de circulation était ou interrompu ou non établi par quelque vice de respiration. On reconnaît ce genre de mort à la pâleur générale, à la vacuité des cavités du cœur, de tous les vaisseaux veineux et artériels, à la dépression de l'abdomen, à la décoloration du tissu des viscères.

L'enfant peut mourir d'hémorrhagie dans le sein de sa mère, si avant l'accouchement le placenta s'est détaché dans une plus ou moins

grande étendue, si le cordon s'est rompu en partie ou en totalité; la mère elle-même a pu courir les plus grands dangers : dans ce cas, la docimasie et l'état de la nouvelle accouchée prouvent son innocence. Ne pourrait-il pas encore arriver que la ligature du cordon, s'étant relâchée, une hémorrhagie mortelle se manifestât, la mère étant innocente? Cette hémorrhagie serait encore favorisée par l'habitude pernicieuse de serrer les enfans au moyen de langes : cette pression, en comprimant la poitrine, empêche la dilatation des poumons, gêne par conséquent le nouveau mode de circulation, et favorise celui qui avait lieu primitivement.

5.° La mort de l'enfant peut être le résultat de la privation d'alimens; mais rien n'est plus vague que les signes de l'inanition; l'émaciation du corps, la vacuité du canal alimentaire, ne suffisent point pour fonder un jugement; la sécheresse des organes de la digestion présente peut-être un peu plus de certitude, sans qu'on puisse s'y fier entièrement, puisqu'elle peut avoir lieu dans d'autres états pathologiques.

6.° Lorsqu'un enfant a été jeté dans les flammes, qu'on retrouve sur son cadavre des phlyctènes, que les expériences faites sur le poumon prouvent qu'il a respiré, on peut prononcer avec certitude que l'enfant y a été précipité vivant.

7.° L'omission de quelques soins de la part de la mère pourrait encore quelquefois occasionner la mort de l'enfant : ces soins sont, le cubitus sur le côté, l'extraction du mucus qui obstrue l'arrière-bouche, les soins hygiéniques : mais est-il présumable qu'une mère qui voudrait se défaire de son enfant employât les moyens les moins sûrs.

On pense qu'une femme qui accouche seule, qui n'éprouve ni syncopes, ni convulsions, ni évanouissement; on pense, dis-je, qu'elle est toujours en état de donner des secours à son enfant : je le crois aussi, à cette différence près, que je considère deux classes de femmes : celle qui retrouve dans son enfant les traits chéris de son mari double ses forces par le plaisir et oublie ses douleurs; mais l'infor-

tunée qu'un commerce clandestin a mis dans cet état, qui craint assez le déshonneur pour hésiter à commettre le dernier des crimes, peut, après les douleurs de l'enfantement, être assez frappée de son malheur pour se trouver dans l'impossibilité de donner aucun secours.

Y a-t-il eu accouchement récent et dans le temps supposé?

Il ne nous reste plus qu'à déterminer si réellement l'enfant trouvé mort appartient à la femme suspectée d'infanticide; et pour cela il faut s'assurer si elle est accouchée récemment et dans le temps supposé.

Les signes de l'accouchement récent se tirent de l'état présent des parties génitales, des phénomènes qu'on remarque à ces parties plus ou moins de temps après la sortie du fœtus, de la sécrétion du lait, et des changemens qu'éprouve la partie antérieure de l'abdomen.

Dans l'accouchement récent, le col de l'utérus est rond, tuméfié, épais, mollasse, béant, facilement dilatable, ordinairement échancré, et placé plus bas que dans l'état ordinaire. Le vagin est mou, relâché, moins plissé, plus court, plus ample, plus humide; les caroncules et la fourchette sont entièrement effacées; le *pudendum* est tuméfié, rouge, distendu, et quelquefois douloureux; le périnée, toujours aminci, est souvent déchiré, surtout dans l'accouchement clandestin.

Ces signes, qui disparaissent très-promptement, surtout chez une femme forte et bien portante, ne sont pas toujours certains, une môle, des hydatides renfermées dans l'utérus peuvent, à leur sortie, faire naître les mêmes phénomènes.

Après l'accouchement viennent les lochies. Durant les trois premiers jours, il s'écoule par la vulve un sang brunâtre mêlé de petits caillots exhalant une odeur particulière très-sensible; la quantité, la couleur, la consistance de ce liquide diminuent insensiblement; bientôt ce n'est qu'une excrétion blanche, muqueuse, qui continue de couler plus ou moins de temps. Les lochies se distinguent facilement des menstrues; ces dernières ne coulent que peu de jours et goutte

à goutte ; les lochies coulent abondamment et durent plus de temps ; pendant l'écoulement des menstrues, les mamelles, qui s'étaient d'abord gonflées, s'affaissent, au lieu que le lait les distend pendant l'écoulement des lochies.

Vers le troisième jour, la révolution laiteuse se déclare par un mouvement fébrile plus ou moins intense, les mamelles se gonflent, se durcissent, deviennent douloureuses, et préparent la sécrétion du lait, qui n'est d'abord qu'un colostrum d'une teinte jaunâtre, d'une consistance épaisse, visqueuse, d'une saveur légèrement sucrée, susceptible de se coaguler par le calorique. Vers le sixième jour, ce colostrum acquiert la couleur, la consistance, la saveur du lait proprement dit ; alors le calorique ne le coagule plus.

La distension des parois de l'abdomen pendant la gestation, laisse dans les endroits où elle a été très-prononcée, la peau d'autant plus flasque, ridée, vergetée, brunâtre, que l'accouchement est plus récent. Ces vergetures peuvent aussi paraître à la suite de l'hydropisie de l'utérus ; mais alors elles occupent principalement la région de l'ombilic, au lieu que celles qui proviennent des suites de la gestation se remarquent à la région hypogastrique et surtout aux aines.

Tous ces signes d'un accouchement récent, pris isolément, ne peuvent fournir une preuve certaine, puisqu'ils ont quelquefois lieu dans d'autres cas maladifs : il faut donc leur réunion, et qu'ils soient observés peu après l'accouchement pour motiver un jugement sûr.

Ayant constaté le temps de l'accouchement ; en comparant l'état du petit cadavre et de ses dépendances avec celui des parties génitales de la femme, des lochies, du lait, on pourra facilement en conclure que la naissance de l'enfant coïncide parfaitement avec l'époque de l'accouchement.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale. *Sect.* 5 *aph.* 30.

II.

Mulieri in utero gerenti si alvus multùm fluxerit, periculum ne abortiat. *Ibid.*, *aph.* 34.

III.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improviso graciles fiant, abortit. *Ibid.*, *aph.* 37.

IV.

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum esse impossibile. *Ibid.*, *aph.* 60.